

この調査票は見本のため、使用できません。

令和5年度県民健康調査
こころの健康度・生活習慣に関する調査
ここから調査(一般用)
福島県 福島県立医科大学

本調査にご協力いただき、ありがとうございます。

オンライン回答もご利用いただけます

A インターネットを利用しオンラインで回答される方は、右の
二次元コード等からご回答ください。

B 紙の調査票(本紙)で回答される方は、下記へご記入ください。



※ **A**か**B**どちらかの方法でご回答ください。

以下の欄に、必要事項をご記入いただき、当てはまる口に✓をご記入ください。

ご記入日：令和6年 月 日	回答者： ₁ <input type="checkbox"/> 本人 ₂ <input type="checkbox"/> 代理(続柄)
ふりがな ご氏名：	性別： ₁ <input type="checkbox"/> 男 ₂ <input type="checkbox"/> 女
生年月日： ₁ <input type="checkbox"/> 明治 ₂ <input type="checkbox"/> 大正 ₃ <input type="checkbox"/> 昭和 ₄ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
保護者署名欄 (対象者が18歳未満の場合は、本調査に同意の上、保護者の方のご署名と生年月日等のご記入をお願いします。) (保護者署名) _____	
対象者との続柄 ₁ <input type="checkbox"/> 母親 ₂ <input type="checkbox"/> 父親 ₃ <input type="checkbox"/> 祖父母 ₄ <input type="checkbox"/> その他 () 保護者の生年月日 ₃ <input type="checkbox"/> 昭和 ₄ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
(送付先住所変更) ※結果通知書も上記住所にお送りする予定です。変更される場合は下記にご記入ください。 〒 _____ 都・道 市・区 府・県 郡 _____	
日中つながりやすい連絡先 ※ここから健康支援チームから、ご連絡する場合がございます。 電話番号：() _____ (_____ 様方)	

以下の質問にご回答ください。

問1. 現在のあなたの健康状態はいかがですか。(✓はひとつ)

- ₁ きわめて良好 ₂ 良好 ₃ 普通 ₄ 悪い ₅ きわめて悪い

問2. 身長と体重についてお尋ねします。あなたの現在の身長と体重をご記入ください。

身長 cm 体重 kg

問3. 今まで、次の1)～3)のような病気にかかっていると医師に診断されたことがありますか。(✓はひとつ)

1) 高血圧 (または、血圧が高い)

1 ない 2 ある → 現在通院していますか。 1 はい 2 いいえ

2) 糖尿病 (または、血糖が高い)

1 ない 2 ある → 現在通院していますか。 1 はい 2 いいえ

3) 精神疾患 (医師の診断によるもの (例: うつ病、睡眠障害、パニック障害、統合失調症など))

1 ない 2 ある → 現在通院していますか。
1 通院している
2 現在は改善しているため、通院はしていない
3 通院はしていない

4) 過去1年間に健診 (健康診断や健康診査) や人間ドックを受診しましたか。

1 はい 2 いいえ

問4. 睡眠についてお尋ねします。この1か月間 (睡眠の長さに関わらず) 睡眠の質に満足していますか。(✓はひとつ)

1 満足している 2 少し不満 3 かなり不満 4 非常に不満か、全く眠れなかった

問5. あなたは普段、運動をしていますか。(✓はひとつ)

1 ほとんど毎日している 2 週に2～4回している
3 週1回程度している 4 ほとんどしていない

問6. あなたの生活状況についてお尋ねします。(✓はどちらかひとつ)

1) 現在のお住まいについてお答えください。

1 福島県 2 福島県以外

2) 現在あなたは一人暮らしですか。

1 はい 2 いいえ

3) 現在あなたは仕事についていますか。

1 はい (仕事をしている) 2 いいえ (学生、専業主婦・主夫を含む)

※次の問7～8は、20歳以上の方のみお答えください。
20歳未満の方は問9にお進みください。

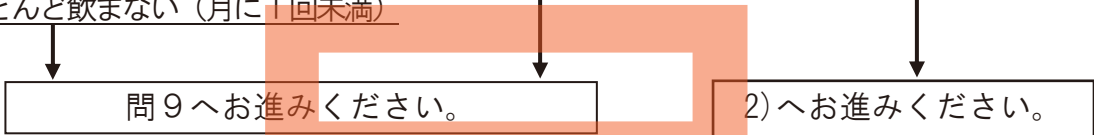
問7. タバコ（加熱式タバコを含む）を吸いますか。（✓はひとつ）

- 1 吸ったことがない 2 やめた 3 吸っている

問8. お酒についてお尋ねします。

1) 現在、お酒（アルコール飲料）を飲んでいますか。（✓はひとつ）

- 1 飲まない、または、 2 やめた 3 飲む（月に1回以上）
ほとんど飲まない（月に1回未満）



2) 過去30日間を振り返って、次のことについてお尋ねします。（✓はどちらかひとつ）

		いいえ	はい
1	飲酒量を減らさなければならぬと感じたことがありますか。	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2	他人があなたの飲酒を批難するので気にさわったことがありますか。	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3	自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか。	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4	神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために、「迎え酒」をしたことがありますか。	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**問9. 過去30日の間に、どれくらいの頻度で次のことがありましたか。
当てはまる数字を○で囲んでください。**

		全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
1	神経過敏に感じましたか。	0	1	2	3	4
2	絶望的だと感じましたか。	0	1	2	3	4
3	そわそわ、落ち着かなく感じましたか。	0	1	2	3	4
4	気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか。	0	1	2	3	4
5	何をするのも骨折りだと感じましたか。	0	1	2	3	4
6	自分は価値のない人間だと感じましたか。	0	1	2	3	4

問 10. この1年間に、新型コロナウイルス感染症の流行により、あなたの生活への支障はどの程度ありましたか。(✓はひとつ)

- 1全くなかった 2あまりなかった 3ある程度あった 4非常にあった

あまりなかった・ある程度あった・非常にあった方にお尋ねします。

新型コロナウイルス感染症の流行によって支障を受けた出来事すべての□に✓をご記入ください。(✓はいくつでも)

- 1 自分の健康状態の悪化 2 家族の健康状態の悪化 3 家族の介護
 4 配偶者やパートナーとの離婚・離別 5 家族との別居 6 家族との死別
 7 家族以外の人との死別 8 就職・転職 9 失業
 10 退職 11 経済状況の悪化 12 対人関係のトラブルの増加
 13 その他の重大な出来事 ()

問 11. 放射線の影響についてのあなたの考えをお尋ねします。

放射線のような、私たちの五感では感じることでできないものが原因となった災害では、その健康へのリスクをどのように認識するかが、こころの健康状態に大きく影響すると言われています。

- 1) 放射線の健康への影響について、あなた自身はどのように感じて(考えて)いますか。最も当てはまると思う数字を○で囲んでください。

	可能性は極めて低い	可能性は低い	可能性は高い	可能性は非常に高い
現在の放射線被ばくで、次世代以降の人(将来生まれてくる自分の子や孫など)への健康影響がどれくらい起こると思いますか。	1	2	3	4

- 2) この1か月間に、放射線に対する不安が原因で、日常生活に支障をきたすことはどれくらいありましたか。(✓はひとつ)

- 1 しばしばあった 2 時々あった 3 まれにあった 4 1度もなかった

問 12. 現在、こころや身体の問題が生じた場合、相談できる身近な人や各種機関はありますか。(✓はどちらかひとつ)

- 1 ある 2 相談できる人や機関はない

※ご自身の体調や心配ごと、ご意見等がございましたら以下にお書きください。今後の健康管理、調査の参考にさせていただきます。

これで質問は終わりです。返信用封筒に入れてご返送ください。ご回答ありがとうございました。

〔お問い合わせ先〕

「こころの健康度・生活習慣に関する調査」(ここから調査)専用ダイヤル
 福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター
 電話番号 024-549-5170 (9:00~17:00 土日祝・年末年始を除く)